

POLÍTICAS, SENTIDOS Y ACTOS DE SALUD. UNA REFLEXIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE TRANSFORMACIÓN DEL MODELO NEOLIBERAL HEGEMÓNICO

Graciela Zaldúa¹, María Teresa Lodieu², Katty Pérez Chávez³,
Paula Gaillard⁴, Ana Tiserá⁵, Roxana Longo⁶

Introducción

Desde la salud colectiva y la epidemiología crítica, investigamos hace un quinquenio el desgaste laboral y Síndrome de Burnout⁷ y actualmente las condiciones de producción de los actos de salud⁸ en hospitales públicos.

Se trata de proyectos de investigación-acción realizados en Hospitales mono y polivalentes, Centros de Salud, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la provincia de Buenos Aires y en la Provincia de Río Negro, con la modalidad de gestión asociada.

Con el modelo neoliberal, la desigualdad en el derecho a una atención integral, la precarización del trabajo -directa o indirectamente de los trabajadores de la salud, y el desentendimiento como política del Estado-, operan una captura del sentido de los actos de salud. Los saberes instituidos por una formación descontextualizada contribuyen al disciplinamiento, control y/o manipulación ideológica del capital. Si bien no es fácil la construcción y operacionalización de sistemas críticos, y la epidemiología crítica no predomina en las ciencias de la salud, reflexionar sobre las líneas de fuga que se abren a partir del trabajo vivo en acto, la inclusión de nuevas lógicas centradas en la defensa de salud o la humanización de la vida aporta a un proceso de transformación necesario.

El *acto de salud* se constituye como el espacio de intersección / intervención entre usuarios y trabajadores, a nivel individual, grupal o colectivo en el que ambos son capturados por necesidades y modos de actuar. En esta concepción el término necesidad no refiere sólo a su faz de carencia, de falta de algo sino además a una dimensión positiva. *“hay una dimensión de necesidad como expresión de un ser que en potencia ‘desea’ ser, desea positivamente existir, ser mundo y parte de él, como máquina deseante.”* (Merhy, 1997: 87-88). De este modo, carencia y producción deseantes, entre productores y consumidores del acto de salud confrontan, según una micropolítica del trabajo vivo (Offe, 1996), en escenarios organizacionales con fuerzas instituyentes, que posibilitan o no campos de gestión transformadora.

En esta comunicación nos proponemos reflexionar, desde la Teoría Crítica, con ayuda del análisis hermenéutico, acerca de la operatoria hegemónica que a través de dimensiones epistémicas, institucionales, organizacionales y vinculares, atraviesa los Actos de Salud. Del mismo modo, exploramos la apertura hacia posibilidades de transformación

¹ Psicóloga UNLP. Especialista en Planificación CENDES. UCV. Profesora Titular Regular de la cátedra de Psicología Preventiva y Titular a cargo de la cátedra de Epidemiología, Facultad de Psicología UBA.

² Magister en Salud Pública UBA. Profesora Adjunta Regular de la cátedra de Psicología CBC-UBA.

³ Lic. en Psicología. Profesora Adjunta interina de Psicología Preventiva. Fac. de Psicología UBA.

⁴ Lic. en Psicología. Becaria de Maestría UBACYT. Docente e investigadora de la Fac. de Psicología.

⁵ Lic. en Psicología. Docente e investigadora de la Fac. de Psicología

⁶ Lic. en Psicología. Investigadora Fac. de Psicología

⁷ “Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos”, 1998-2000, (PT 57) dirigida por Graciela Zaldúa, subsidiada por UBACYT.

⁸ “Estudio sobre las condiciones de producción de los actos de salud en Hospitales Públicos” 2001-2003, (P065), con la dirección de Graciela Zaldúa y la co dirección de Marcela Bottinelli, subsidiada por UBACYT.

relacionadas con la reapropiación colectiva de los procesos articulados de salud y trabajo.

Escenarios en salud

Jaime Breilh (1995) sostiene que una epidemiología que tiene como meta la “humanización de la vida” y la “búsqueda de la equidad” debe materializarse en una praxis emancipadora. A este fin la epidemiología debe realizar un monitoreo permanente del estado de la salud poblacional y un relevamiento y la denuncia consecuente de los determinantes del deterioro de la salud. La denuncia no sólo debe estar encaminada a la toma de conciencia de la población sobre los determinantes de la salud sino también a la construcción de un poder democrático que asuma un compromiso con su defensa.

En los escenarios de salud operan contradicciones importantes, una ellas esencial y que no es posible dejar de lado es la oposición de dos grandes posiciones sobre el mundo y sus problemas: la hegemónica de los que concentran el poder y la de quienes impulsan una contra hegemonía para democratizar y soltar las ataduras.

El concepto de hegemonía está referido al dominio que ejerce una clase sobre otra a través de distintos medios como son la fuerza y el liderazgo moral e intelectual. La hegemonía es creada y recreada dentro de un conjunto de instituciones, relaciones sociales e ideas. Las relaciones de dominación y de explotación para reproducirse de modo duradero deben presentarse como un intercambio de servicios entre las clases. La eficacia de la acción hegemónica estaría en dicho intercambio. Jaime Breilh (2003) distingue de esta manera dominación y hegemonía para luego señalar que la dominación se fortalece cuando se convierte en hegemonía. Hegemonía y contra hegemonía son al mismo tiempo modos de subjetivación de las relaciones de poder.

Las políticas de globalización capitalista imperantes en el país durante la última década produjeron el desmantelamiento de los servicios e instituciones de salud, el desabastecimiento de los insumos para la atención, la precarización y recorte de la masa laboral y profesional, así como el deterioro de las condiciones de salud de la población. Estas son algunas de las nefastas consecuencias del proyecto neoliberal y de privatización en el campo de la salud en general, que en los trabajadores de salud se traducen como aumento del desgaste, de la alienación y del sufrimiento.

A fin de sistematizar las problemáticas que desde la perspectiva de la epidemiología crítica atraviesan los Actos de Salud, analizaremos la operatoria hegemónica tomando como eje las dimensiones epistémicas, institucionales, organizacionales e identitaria.

Dimensión epistémica

Breilh afirma que hay que descolonizar las disciplinas, las metodologías y las tecnologías para producir un proceso de emancipación que construya una nueva praxis científica. Las construcciones epistemológicas pueden colaborar u obstaculizar el logro de esta meta, para evaluar críticamente esta situación, es necesario realizar un *“análisis de la relación episteme-modelo-praxis, para explicar el proceso histórico de construcción, oposición o superación de los paradigmas”* (Breilh, 2003: 95).

Analicemos esta relación episteme-modelo praxis. Michel Foucault considera que: *“Por episteme se entiende, de hecho, el conjunto de las relaciones que pueden unir, en una época determinada, las prácticas discursivas que dan lugar a unas figuras epistemológicas, a unas ciencias, eventualmente a unos sistemas formalizados; el modo según el*

cual en cada una de esas formaciones discursivas, se sitúan y se operan los pasos a la epistemologización, a la científicidad, a la formalización...” (Foucault, 1982: 322).

En base a los aportes de Foucault, los epistemólogos han interrogado las relaciones entre la episteme, la cultura y las ciencias. Moreno (citado por Breilh, 2003) sostiene que cada ciencia opera bajo ciertas condiciones de posibilidad de lo que se puede pensar, conocer y decir en un momento histórico. Breilh (2003) hace hincapié en las relaciones epistémicas que son los vínculos que sustentan las relaciones entre la episteme, el modelo interpretativo y las concepciones de praxis. Las relaciones epistémicas implican nexos determinantes entre el desarrollo de los paradigmas científicos, con sus modelos de producción científica, la ideología que predomina en la comunidad científica, las presuposiciones epistémicas que rigen el discurso de la cultura en ese período y las formas de praxis social preeminentes. El saber científico se construye en este movimiento dialéctico entre episteme, paradigma y praxis. Los distintos grupos sociales que integran la sociedad tienen intereses contrapuestos, este hecho se traduce en epistemes opuestos y en la lucha de paradigmas científicos. Acorde al sistema de poder dominante en una sociedad, en un momento determinado, una episteme se constituye en dominante. *“El poder de la hegemonía y de la manipulación ideológica pone de relieve que la hegemonía no podría operar si no hubieran esas `reglas generales o presuposiciones epistémicas inconscientes’ que rigen el discurso general de la cultura, en otras palabras, si la episteme no operaría poderosamente para condicionar lo que es dable pensar, conocer, decir”* (Breilh, 2003: 100). Los sistemas de disciplinamiento, de control y manipulación ideológica al servicio del sector social que detenta el poder son instrumentados para consolidar y proteger la episteme, los modelos paradigmáticos y la praxis social que perpetúe el sistema de poder imperante. En ese sentido no es fácil la construcción y la operacionalización de los sistemas críticos. La epidemiología crítica por ende, no es el modelo imperante en las ciencias de la salud.

Dimensión organización-gestión

En un análisis complejo, la organización es una dimensión productora y reproductora del acto de salud. Puede ser pensada como *“un sistema socio-técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa, que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación”* (Schlemenson:1988:38).

Christophe Dejours (Dessors, et.al: 1998) distingue entre organización prescripta y organización real de trabajo, entiende a esta última como un compromiso elaborado según bases técnicas, que es a la vez el resultado de un pasaje por las interpretaciones diversas y hasta contradictorias que realizan los agentes. En este sentido, la organización real del trabajo será un producto de las relaciones sociales. Destaca así la importancia de los procesos intersubjetivos que posibilitan la gestión social de las interpretaciones del trabajo.

Las relaciones sociales que se juegan en la organización real del trabajo, involucran niveles micro y macro políticos de gestión por parte de los actores. Allí se hacen presentes los modelos de atención de salud. En la perspectiva del Trabajo Vivo la transformación contra hegemónica en la atención de salud tendría como condición, el autogobierno de los trabajadores de la salud a partir del actuar cotidiano y el horizonte de bienestar de los usuarios.

Es importante recordar que los procesos de reforma neoliberal en salud tienen entre sus rasgos principales la privatización en todas sus formas. La expansión de una lógica mer-

cantil, empresarial y deshumanizada al trazado de la organización prescripta no deja de tener consecuencias globales a nivel del trabajo real. Se trata por lo tanto de atender a los procesos de privatización y *publicización* en el seno mismo de las prácticas. “Publicizar” (Merhy, 2003), alude a la posibilidad de permeabilizar los espacios institucionales en el interior de los servicios de salud, para que en ellos actúe la fuerza instituyente del usuario. En su racionalidad instrumental los usuarios buscan, al consumir productos del trabajo en salud, por lo menos ser acogidos y amparados en este proceso al punto de que en la dinámica del mismo haya un momento en que sean “escuchados” en la manifestación de sus necesidades, que se les dé lugar a expresar qué “desea” buscar, pero también los usuarios buscan posibilitar el inicio de un proceso de vinculación, el establecimiento de una relación de compromisos y responsabilizaciones entre saberes (individuales y colectivos), en dirección a un logro efectivo de soluciones respecto de la defensa de su vida. Los actos de salud deben abarcar simultáneamente actividades de promoción, protección y recuperación.

Los servicios de salud, plantea Emerson E. Merhy, deben apoyarse en procesos gerenciales autogestores, públicos, a partir de contratos globales, centrados en resultados y en la lógica de los usuarios. Los servicios, dirigidos colegiadamente por el conjunto de sus trabajadores y articulados a una red de servicios de salud -regulada por el Estado- deben comprometerse con la producción del cuidado según el modo que denomina centrado en el usuario (Merhy: 2003).

Dimensión institucional

Los actos de salud se construyen como momento de concreción de una práctica particular encaminada a la satisfacción de una demanda en salud en la que los actores involucrados construyen vínculos determinados por las dimensiones micro y macropolíticas puestas en juego en cada contexto situacional. Ambos protagonistas- trabajadores de la salud y usuarios- capturados por necesidades y demandas subjetivas e institucionales asumen el compromiso de responder a una demanda de salud. En este circuito dialéctico se reproducen y/o se modifican roles sociales. La respuesta de los usuarios, de los familiares, o de la institución resignifican la identidad profesional y el mandato social -la producción de salud- para el cual el profesional se ha formado.

El “paciente” se acerca a una institución de salud por una carencia o una falta en salud, en ese sentido la producción de cuidado, delegada socialmente a los profesionales y a la institución de salud, implica una promesa de salud. Esta promesa de reparación del daño, de restitución de la salud, es una apuesta fuerte que el profesional debe sostener. Merhy (2003) afirma que en este vínculo y compromiso subjetivo, el profesional realiza una transferencia de la capacidad de vivir al paciente. Esta particularidad de la labor profesional en el campo de la salud implica el riesgo y la vulnerabilidad en la que se comprometen los participantes en los actos de salud. Desde el lugar del efector, el equilibrio identitario profesional, el desgaste y/o la satisfacción laboral emergen como posibles efectos de esta dialéctica.

Las instituciones de salud propiciarán modalidades específicas de relación social. Eugene Enriquez considera que *"Las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, se presentan pues como conjuntos englobantes, que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros"* (Enriquez, 1989:91)

Como sistemas culturales, las instituciones ofrecen un sistema de valores y normas, de pensamiento y acción que modela la conducta de sus agentes ante los individuos que expresan una demanda respecto de ellas. Dichos sistemas se plasman en la atribución de

lugares, expectativas de roles, conductas más o menos estereotipadas, que tienden a facilitar la realización de la tarea colectiva. Los sistemas simbólicos -mitos unificadores, ritos de iniciación, de tránsito y de logro, héroes tutelares-, tienen como función legitimar la acción de los miembros de la institución, dando sentido a sus prácticas y a sus vidas. En tanto que la función de los sistemas imaginarios, es la de proteger a los sujetos de la posibilidad de vacilación de su identidad, de sus miedos de destrucción y fragmentación que suscita toda vida comunitaria, procurándoles "las sólidas corazas del status y el rol".

La relación que el trabajador de la salud entabla con el usuario, se encuentra moldeada por la relación que entabla con sus instituciones. El grado de contradicción o complementariedad entre los diferentes sistemas de las instituciones, así como el grado de coherencia o consistencia que presenta cada uno, es un problema esencial en relación a la conformación de la identidad profesional subjetiva y colectiva.

Dimensión Identitaria

La identidad personal se construye en un interjuego entre la permanencia y el cambio, en ese proceso un integrante del núcleo familiar, o la familia funciona como garante para el sujeto de la continuidad identitaria frente a los diversos cambios y modificaciones exigidos por el curso de la vida (Aulagnier, 1991). El "*..advenimiento de una subjetividad ...sólo puede constituirse reconociéndose identificada a partir del Otro*" (Aulagnier, citada por Hornstein, 1991:73). El proceso identificatorio, que no concluye nunca, debe ofrecer ciertos puntos simbólicos de reparo para que esa trayectoria no sea fuente de desorganizantes angustias. "*El proceso identificatorio tiene como condición y como meta asegurar al yo un saber sobre el yo futuro y sobre el futuro del yo*" (Aulagnier, citada por Hornstein, 1991:74).

El fractal de normas, ideales y mandatos, permisos y prohibiciones, derechos y obligaciones, propuestas de acción y de logro constitutivo de la identidad profesional, es puesto en tensión en el acto de salud.

Claude Dubar (1991) sin dejar de considerar la importancia de la concepción psicoanalítica en la construcción de la identidad, para el estudio de las identidades profesionales considera indispensable un abordaje desde la teoría sociológica. A este fin recupera el valor del concepto de socialización. Este concepto le permite comprender la dinámica de las identidades y su construcción desde una perspectiva individual y social.

La identidad no es más que "*el resultado a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de los diversos procesos de socialización que, conjuntamente, construyen a los individuos y definen a las instituciones*" (Dubar, 1991: 111).

En la construcción de la identidad convergen dos vertientes, la *identidad para sí* y la *identidad para otro*, procesos inseparables pero ligados de manera problemática. La *identidad para sí* es correlativa a la del Otro y de su reconocimiento "*yo no sé jamás quien soy más que en la mirada del Otro*".(Dubar, 1991: 110) Pero sólo en un proceso comunicacional nos podemos informar sobre la identidad que el otro nos atribuye.

La complejidad de la identidad no sólo es inherente a esta doble vertiente constitutiva sino también por las características de los procesos implicados en cada una de estas líneas. Las instituciones y los actores sociales en contacto directo con el individuo son instancias de atribución de identidad. En sus trayectorias sociales los individuos construyen su *identidad para sí*. Las identidades sociales, en particular las identidades profesionales, necesitan confirmaciones subjetivas y objetivas. Los espacios institucionales

relacionados con la formación, el trabajo constituyen lugares claves en los procesos de construcción de las identidades sociales.

En la *identidad para otro* las instituciones que atribuyen o legitiman una identidad son esenciales. Asimismo en la relación con los otros la cooperación y el reconocimiento convalidan la identidad profesional. Al contrario, los conflictos y el no reconocimiento perturban esta vertiente *–identidad para otro–* de la identidad profesional.

En el mundo contemporáneo los procesos de globalización transgreden constantemente los límites de las comunidades particulares. De esta manera las identificaciones secundarias son experimentadas cada vez más como marcos externos y meramente formales. En una suerte de negación de la negación se produce la reafirmación de identificaciones primordiales “mediadas”, según Žižek (2001), y en la medida en que los contenidos e identidades tienden a expandirse, a tornarse más heterogéneos o transculturales, sus núcleos, lejos de ser permanentes, necesitan ser permanentemente renegociados. Ernesto Laclau plantea (2000) que la producción de identidades sociales es el resultado de la interacción de las lógicas contradictorias de contextualización y descontextualización. En tanto construcciones sociales, las identidades y sus contenidos, participan de operatorias hegemónicas a través de cadenas equivalenciales en la lucha por la apropiación de los términos y los sentidos.

Dispositivos y efectos de reapropiación colectiva

En el marco de la Epidemiología Crítica, nos proponemos contribuir en la construcción de una praxis transformadora de las prácticas instituidas alienantes en salud. Jaime Breilh (2003) propone que el movimiento entre la macro y lo micro, entre lo general y lo particular, muestra una relación jerárquica y una forma de conexión compleja que denomina *subsunción y autonomía relativa*.

Si bien los trabajadores de la salud tienden a sufrir los efectos más o menos directos de la maquinaria socioeconómica en las dimensiones organizacional, institucional e identitaria en forma pasiva, en tanto profesionales de la salud son actores: participan en la relación efector-usuario, en la construcción del saber disciplinar y de políticas. Es decir que como trabajadores de la salud, operan con diferente grado de autonomía a pesar de enfrentar grandes contradicciones. Es por este motivo que en el marco del proceso de investigación e intervención, nos proponemos aportar a la construcción de una praxis transformadora a partir de la implementación de dispositivos que promuevan diferentes grados de participación de los trabajadores en salud.

A los efectos de propiciar el surgimiento de escenarios en que nuevos actores protagonizan acontecimientos instituyentes hemos utilizado diferentes metodologías participativas: a) Dispositivos iluminativos en grupos focales en el espacio de unidades asistenciales, b) Observación participante en Organizaciones Informales en salud y c) Entrevistas y Talleres.

Las técnicas que trabajamos fueron: el Esclarecimiento de los Obstáculos y de los Facilitadores del acto de salud, la Visualización de Escenas Temidas, la Visualización de Cargas Laborales en el cuerpo y la técnica F.O.D.A. –elucidación de Fortalezas, Obstáculos, Debilidades y Amenazas en relación al proceso de trabajo-. A partir de relevar en forma conjunta con los colectivos laborales, condiciones que resultan facilitadoras, o que perturban los actos de salud, buscamos develar las mecanismos de alienación tanto los relativos a la organización como aquellos que operan en los trabajadores de la salud.

En este trabajo vamos a mencionar las temáticas emergentes que hemos sistematizado con los siguientes términos: revalorización–devaluación; autonomía-alienación; pobreza-fortalecimientos.

Elucidación de la tensión Revalorización vs. Devaluación:

Corneluis Castoriadis denomina elucidación al trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan, es decir el hacer pensante o pensamiento que se hace

-a) relacionadas con el proyecto y la identidad profesional:

El lugar de valorización social de las profesiones tradicionales en salud está en crisis. El trabajador no ocupa más ese lugar de prestigio social de antaño. La caída de este ideal lleva a que, muchas veces, esperando el reconocimiento social que no llega, busque satisfacción personal por fuera del ámbito profesional específico; o que viva como maltrato la relación con las autoridades, los pacientes o sus familiares (esto no quita la existencia real de maltrato y violencia directa por parte de los mismos). La explicitación de estas situaciones posibilita la toma de conciencia de los efectos subjetivos y colectivos y a la vez habilita la instrumentalización de estrategias de afrontamiento.

"Antes al médico se lo esperaba, ahora hay mucha agresión, un día les vamos a decir que el nene no tiene nada y van a sacar el revolver y nos van a pegar un tiro" Pediatría.

"Estamos para contener. Es una mierda el laburo. Somos funcionales al sistema" Trabajo Social.

"No te hacen caso con las dietas, vos les explicás todo y después le dan chocolate, siento que te están tomando el pelo..." Pediatría.

Como contrapartida, el efecto de revalorización surge habitualmente cuando alguien puede explicitar ante el grupo de trabajo sus intereses profesionales (reencuentro con la práctica anhelada), las razones que sustentan esos intereses, el valor de los mismos y la consideración que merecen.

"Para mí se trata de que valoricemos nuestro trabajo; a veces no nos llega el valor y el reconocimiento de la familia, pero somos un punto muy importante en la familia, en la sociedad. La tarea no es sólo asistencial sino que es educativa, didáctica también. Esto viene de la facultad, por afán de aprender hicimos guardia gratis, hicimos cosas de enfermería..." Pediatría.

"Es satisfactorio ejercer aspectos esenciales: informar, formar, orientar, sugerir. Dar lo que uno tiene como profesional por el otro..." Trabajo Social.

-b) relacionadas con la tarea:

Se observa que el trabajo empieza por perder funcionalidad vocacional a expensas de actividades de tipo automáticas, y cualquier intento de cambio es resistido con frases como: *"para qué, si nada va a cambiar"*, *"esto no tiene solución"*.

"Los problemas planteados -falta de directivas claras, problemas de comunicación, poco desarrollo profesional, imposibilidad de satisfacer demandas de los usuarios- son de larga data y han sido expuestos en reiteradas oportunidades por los profesionales del servicio sin encontrar ningún eco..." Farmacia.

"Para el seguimiento de los pacientes ¿no se podría funcionar con un sistema de atención programada?"

"El jefe dijo que acá se probó y no funcionó" Pediatría.

Sin embargo, el efecto de revalorización emerge cuando la resignación y la inhibición son reemplazadas por actos de descubrimiento y redescubrimiento: el aprovechamiento de recursos nuevos o existentes -tanto a nivel individual como colectivo- y la evaluación de decisiones colectivas en forma conciente y explícita.

"¿No les parecería lindo tener un archivo unificado, no uno de cada uno; también unificar criterios de historias y que todas estén unificadas en un solo cajón?" Pediatría.

"Se podría crear la figura de un auditor/regulador que monitoree la estadía de los enfermos en las salas de internación e implemente los recursos para la externación de los casos llamados "sociales". Guardia.

"...una estrategia que encontré (para que los padres cumplan las dietas de los niños) es decirles: "si fuera mi hijo yo haría esto..." Pediatría.

La explicitación de estas situaciones permite colectivizar estrategias que suponen una mayor eficacia de los actos de salud. Se produce un viraje desde la dimensión singular del reconocimiento personal y el narcisismo -por ejemplo, ante el cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones- a una dimensión colectiva donde lo que se pone en juego es la capacidad organizativa y el poder de decisión de los actores, quienes por consiguiente recobran cierto sentido de su fuerza como para asumir el control de las circunstancias (Baruch Bush et al.1996:135).

Elucidar la tensión autonomía vs alienación

La diferencia radical entre el mundo biológico y el mundo históricossocial, es el surgimiento en este último de la autonomía, sostiene Cornelius Castoriadis. La autonomía como *apertura*, posibilita poner en tela de juicio el orden dado: cuestionar las propias reglas, la representación del mundo, las significaciones imaginarias sociales; es decir, cuestionar la propia institución. La autonomía implica una autoinstitución más o menos explícita: somos quienes hacemos las leyes, y lo sabemos, y somos en consecuencia responsables por ellas. Esto implica a nivel individual, la existencia de un ser histórico, *"...de un individuo que pueda preguntarse y también preguntar en voz alta: "¿Es justa esta ley. Todo esto corre parejo con la lucha contra los viejos órdenes heterónomos..."* (en los que las reglas, las leyes, las significaciones, etc. están dados de una vez y para siempre) (Castoriadis, 1983 :77).

En cuanto a la alienación Karl Marx considera que es el resultado de la separación entre el productor y la propiedad de sus condiciones de trabajo, proceso que transforma en capital a los medios de producción y en asalariados a los productores.

A fin de señalar algunos elementos de este eje autonomía- alienación haremos referencia a la construcción de las identidades profesionales en el sector salud. Antes mencionamos brevemente que los procesos de privatización, mercantilización y la implantación masiva y progresiva de tecnologías en el medio sanitario conllevan prácticas alienantes.

Hughes (citado por Dubar, 1991) considera que los profesionales para su desempeño laboral cuentan con dos elementos esenciales: el diploma, que otorga la autorización legal para ejercer actividades que otros no pueden ejercer y el mandato, es decir la obligación legal de asegurar una función específica. Asimismo, la práctica profesional de ciertos profesionales, -entre los que se encuentran los médicos y que podemos hacer extensivos a los trabajadores de la salud-, conlleva dos componentes específicos. El primero Hughes lo denomina "saber culpable" es una especie de conocimiento inconfesable que caracteriza un aspecto clave de la relación entre el profesional y su cliente. Esta es una misión simbólica que adquiere rasgos de lo sagrado. El otro componente

refiere a la existencia de instituciones destinadas a proteger el diploma y a mantener el mandato de sus miembros. Estas organizaciones protegen el secreto y reactualizan el diploma y el mandato. Constituyen sistemas intermediarios entre los profesionales y el Estado, a la vez resguardan a los profesionales del público.

De acuerdo a esto el profesional de la salud dispone del diploma que lo autoriza a ejercer un saber y un mandato que lo conmina a garantizar una práctica específica que debe procurar el bien del paciente.

a) relacionadas con el “saber”

El “saber culpable” instala un contrato particular entre profesional y paciente, un vínculo que comporta intimidad, presencia y resguardo. Las condiciones de los espacios físicos en donde se ejerce la práctica profesional, las condiciones de los contratos laborales, la masividad de la demanda y la situación psicológica, social y económica condicionan una práctica asistencial que corroe sus atributos simbólicos. Este dilema entre lo que debería ser y lo que es realmente la práctica cotidiana y la imposibilidad de su modificación configura un trabajo alienado.

"La culpa recae en el farmacéutico por la falta de insumos, la poca relación que se le puede dedicar a trabajar en relación a aumentar la calidad asistencial y a trabajar en favor del paciente" Farmacia.

"Lo que me causa malestar es la gran demanda que hay y no cumplir con las necesidades de la gente, el bajo presupuesto, los bajos insumos, también lo relacionado con el personal humano porque no todos somos humanos o se comportan como tales" Enfermería.

En el actuar de los profesionales, las limitaciones con frecuencia recaen en su “caja de herramientas”, denominación con que Merhy identifica las técnicas, instrumentos y recursos que constituyen el capital material y simbólico del profesional.

"Son positivos los (actos) que me permiten expresar necesidades vocacionales, de intervenir en algo en el proceso de salud de la gente" Pediatría.

"Le fui encontrando la vuelta para que coincidiera con mi deseo, mis talentos, que no siempre coinciden con la carrera o el momento de elegir la carrera" Pediatría.

"Tratar de fortalecer los vínculos entre los que formamos el equipo que termina trabajando juntos todos tenemos dificultades y respetar nuestros espacios de producción, se nos dificulta juntarnos y exhibir lo que intentamos hacer" Psicología.

b) relacionadas con el vínculo

Cuando una de las partes se ve amenazada, atacada y agredida por la conducta o pretensiones de la otra, esta concentra la atención en la autoprotección, adopta actitudes defensivas suspicaces y hostiles.

"Lo que cuesta modificar es la mentalidad de la gente, porque la gente dice en la ventanilla: vengo a la guardia, y esto es el consultorio externo..." Pediatría.

"Como trabajo es repetitivo, muy rutinario. La demanda de los pacientes es muy intensa".

"La urgencia la siento de los pacientes y los pares. Desde la jerarquía también. Hay que cumplir con un número determinado en la atención". Ginecología

En el marco de los dispositivos, hemos observado que cuando se rompen los esquemas defensivos, los trabajadores de la salud dejan de pensar sólo en la propia situación y se

muestran más sensibles a la situación de los usuarios, produciendo en ocasiones, prácticas innovadoras.

“Ayer fuimos a visitar a una paciente que vive sola con una nieta de diez años...Fuimos la lavamos, le hicimos las curaciones y después con la enfermera que va a yoga, terminamos las tres haciendo un poco de ejercicio de yoga, fue muy lindo.” Enfermería.

“Por momentos el malestar se aplaca cuando podemos juntarnos y hablar de lo que nos angustia y cuando con mucha dificultad conseguimos sostener, por ej, un taller con miembros de la comunidad.” Psicología.

Pobrezas- fortalecimientos

La atención de la salud parece establecerse en el escenario de la pobreza, en donde se diferencian y se confunden las carencias de usuarios y efectores. Se produce así un hiato entre la existencia de necesidades reales y su reconocimiento por parte del colectivo de trabajo, especialmente en relación a las necesidades *"no tan obvias"* (Lores Arnai y Rietti, citados por Sirvent, 1978.) María Teresa Sirvent sostiene que las *"múltiples pobreza"* *"...no se agotan en el diagnóstico de las carencias que hacen a la satisfacción de las necesidades tradicionalmente llamadas básicas, tales como trabajo, vivienda, salud y educación, sino que abarcan el estudio de una compleja realidad de pobreza (en plural), en relación con carencias en la satisfacción de necesidades fundamentales, pero no tan obvias. Así se analiza la "pobreza de protección", asociada con la internalización de la violencia externa que se experimenta en la vida cotidiana, "pobreza de entendimiento" se conecta con factores que dificultan el acceso a la información, al conocimiento y al desarrollo del pensamiento reflexivo, la "pobreza política" asociada a factores que inhiben la participación social. Pobrezas determinadas por la lógica del poder hegemónico y alienante de un sector social que limita y cercena las potencialidades del sector dominado.*

(No nos entienden o no cumplen con las indicaciones porque son personas de) *“Bajos recursos, con ciertas NBI como vivienda, n° de hijos, más de cinco, madres o padres desocupados o con inestabilidad laboral y madres que trabajan en limpieza.” Psicopedagogía.*

“Los desencuentros tienen que ver con otros criterios de trabajo, con una visión de muchos de los profesionales en la que siguen fragmentando a la persona y a veces se va desdibujando a la persona.” Trabajo social.

Sirvent (1999) analiza las prácticas culturales en relación al eje consumo/producción; un estilo de relación consumista se caracteriza por una aceptación pasiva, sin modificación, de los objetos y los bienes a los que se está expuesto. Un estilo de relación consumista se caracteriza, entre otras cosas, por la falta de pensamiento reflexivo y la dificultad de transformar productos masivos en una praxis social dirigida a la superación de los problemas y a la transformación de la realidad. El estilo productivo, se caracteriza en cambio, por la participación en la creación del objeto cultural -normas, valores, objetos materiales compartidos por grupo social-, la posibilidad de que emerja el pensamiento reflexivo y el potencial para modificar la realidad a través de la acción individual o colectiva.

“...cuando abrís una puerta y ves lo que pasa adentro, esto me pasó a mí cuando empecé a trabajar de enfermera y me pasa; cada vez querés hacer más. Encontré algo para hacer, para hacer algo por los demás, ser útil” Enfermería.

“El trabajo de Atención Primaria tiene de negativo que no hay muchos lineamientos ni organización pero ahí mismo está lo positivo porque permite más creatividad” Psicología.

“Los cambios apuntarían a poder concienciar a la gente, a algunos profesionales de la responsabilidad en el trabajo, en comprender más al otro, humanizar más a muchos de los agentes de salud” Enfermería .

“Para cumplir con el derecho a la salud de las personas. Para un bienestar mayor social.” Psicopedagogía.

DISCUSION

El contexto político que inició este año con la invasión angloamericana a Irak, sostenida en la definición de “guerra preventiva”, como acción de destrucción masiva que anticipa y adelanta la muerte, resulta una afrenta a los sentidos que desde la prevención trabajan para la humanización de la vida y la transformación saludable de la sociedad. El avance hacia una recolonización de territorios energéticos y por lo tanto económicos y políticos, el poder omnímodo detentado por encima de las leyes e instituciones del régimen internacional, y la destrucción arrasante de miles de años de historia cultural de la humanidad alertan sobre las condiciones macroestructurales del Proceso de Salud, Enfermedad, Atención.

Hasta el presente y durante más de una década el neoliberalismo ha sido el mediador de la lógica del capital en todos los campos de la vida colectiva. Y en ese contexto para los profesionales, el trabajar en la atención de salud con frecuencia queda ilustrado bajo la construcción de estar en la “trinchera”. Como metáfora, identifica el espacio de los actos de salud con el campo militar y anticipa el escenario de guerra. En la guerra, señalaba Freud (1973) la desorientación y parálisis de la capacidad funcional responden a la imposibilidad de seguir manteniendo la actitud convencional hacia la muerte “La muerte no se deja ya negar”. El desafío de una “negación de la negación” de la muerte e impotencia convoca a una reinención de las prácticas, premisas y escenarios desde el actuar colectivo, crítico y publicizante comprometido con la transformación.

Bibliografía

- Baruch Bus, R. y Folger, J. (1996). *La promesa de la mediación. Cómo afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento*. Barcelona. Granica.
- Breilh, J. (1995): "La Epidemiología en la Humanización de la Vida". Convergencia y Desencuentros de las Corrientes. Salvador, Bahía Brasil Conferencia. Mimeo
- Breilh, J. (2003): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Castoriadis, C. (1983): "Los dominios del hombre, las encrucijadas del laberinto" en: *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona. Tusquets Editores.
- Castoriadis, C. (1992): *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Dejours C. (1998): "De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo" en Dessors D., Ghio-Bailly M-P (Comp): *Organización del trabajo y salud*. PIETTE (CONICET) Arg. Ed. Lumen.
- Dubar, Claude (1991): *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris. Armand Colin.
- Freud, S.: (1973) "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte" (1915) en *Obras Completas*, Tomo II, Buenos Aires. Biblioteca Nueva.
- Foucault, M. (1982): *La arqueología del saber*. México, D.F. Siglo XXI.
- Hornstein, Luis (1991): Piera Aulagnier: sus cuestiones fundamentales en Hornstein, et al. en *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Buenos Aires. Paidós.
- Laclau, E. (2000): *Misticismo, retórica y política*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Merphy, E.E.; Onoko, R. (1997): *Agir em saúde um desafio para o publico*. Editora HUICITEC Sao Pablo/ Bs. As. Lugar Editorial.
- Offe, C. (1996): "El trabajo heterogeneo". Selección de una entrevista realizada por David Held y John Keane en 1982, en *HERRAMIENTA*. Argentina. Editorial Antídoto.
- Schlemenson, A. (1988): *Análisis organizacional y empresa unipersonal*. Buenos Aires Editorial Paidós.
- Sirvent, M.T. (1999): *Cultura popular y participación social. Una investigación en el Barrio de Mataderos (Buenos Aires)*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.
- Zizek S. (2001): "Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional" en *Estudios culturales: Reflexiones sobre multiculturalismo*. Buenos Aires. Paidós.